



Ministère du Travail, des Relations Sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville
Ministère de la Santé et des Sports

DOCUMENT D'ORIENTATIONS REGIONALES

ELABORE DANS LE CADRE DU PRIAC

VERSION 2

DIRECTION REGIONALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES
DIRECTIONS DEPARTEMENTALES DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES
DE PICARDIE

JANVIER 2010

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION : LE CADRE RÉGLEMENTAIRE	4
1.1 LA LOI DU 11 FÉVRIER ET LE PRIAC	4
1.2 LE DOCUMENT D'ORIENTATIONS RÉGIONALES	5
2. MÉTHODOLOGIE DE TRAVAIL EN PICARDIE	5
3. DONNÉES GÉNÉRALES SUR LA POPULATION DE PICARDIE.....	6
4. LES ORIENTATIONS RÉGIONALES ET INTERDÉPARTEMENTALES	8
5. LES ORIENTATIONS EN FAVEUR DES PERSONNES ÂGÉES	9
5.1 LES ORIENTATIONS NATIONALES EN FAVEUR DES PERSONNES ÂGÉES	9
5.1.1 Le Plan Solidarité Grand Age de 2006.....	9
5.1.2 Le plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012.....	9
5.2 LES ÉQUIPEMENTS EXISTANTS EN PICARDIE :.....	10
5.3 LES PRIORITÉS INTER-DÉPARTEMENTALES ET RÉGIONALES.....	11
5.3.1 Respecter le choix du maintien à domicile des personnes âgées vulnérables, y compris les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.	11
5.3.2 Maintenir une offre de places en établissements pour les personnes les plus dépendantes.....	12
5.3.3 Assurer un parcours de prise en charge adapté, coordonné et continu de la personne âgée	12
6. LES ORIENTATIONS EN FAVEUR DES PERSONNES HANDICAPÉES	13
6.1 LES ORIENTATIONS NATIONALES EN FAVEUR DES PERSONNES HANDICAPÉES.....	13
6.1.1 Le programme pluriannuel de créations de places en établissements et services pour un accompagnement adapté du handicap tout au long de la vie 2008 – 2012	13
6.1.2 Le plan national autisme 2008-2010	14
6.1.3 Le plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008	14
6.2 LES PRIORITÉS EN FAVEUR DES ENFANTS HANDICAPÉS	15
6.2.1 L'équipement actuel en Picardie :	15
6.2.2 Les priorités interdépartementales et régionales pour l'enfance handicapée	16
6.2.2.1 favoriser le dépistage précoce des handicaps	16
6.2.2.2 favoriser le maintien à domicile et en milieu ordinaire des enfants handicapés en développant une offre de services adaptée.....	17
6.2.2.3 réduire les inégalités d'équipement entre territoires afin d'offrir aux personnes qui en ont besoin un accueil en établissements et services suffisant et adapté	18
6.2.2.4 offrir la meilleure continuité de prise en charge possible entre les différents dispositifs des secteurs du sanitaire et du médico-social	18
6.2.2.5 Soutenir et accompagner le passage d'une structure relevant de l'enfance handicapée vers le dispositif pour personnes adultes handicapés.....	18
6.3 LES PRIORITÉS EN FAVEUR DES PERSONNES ADULTES HANDICAPÉS.....	19
6.3.1 L'équipement actuel :	19
6.3.2 Les priorités interdépartementales et régionales	20
6.3.2.1 Prioriser le maintien à domicile des personnes adultes handicapées.....	20
6.3.2.2. Favoriser l'insertion professionnelle des personnes adultes handicapés.....	20
6.3.2.3 Offrir une prise en charge adaptée et de proximité pour tous.....	21
6.3.2.4. Développer l'offre en faveur des personnes présentant un handicap psychique	22

6.3.2.5. Maintenir un taux d'équipement suffisant pour faire face à l'évolution de la population, au vieillissement des enfants et des adultes handicapés.....	22
--	----

7. DES ACTIONS TRANSVERSALES.....22

7.1 LE DEVELOPPEMENT DE LA BIEN-ETRE.....22

7.2 DES ACTIONS EN FAVEUR DE LA DEMOGRAPHIE DES PROFESSIONNELS SANITAIRES, MÉDICO-SOCIAUX, SOCIAUX ET ÉDUCATIFS.....23

7.2.1 Le recrutement des professionnels23

7.2.2 La qualifications des professionnels23

7.2.3 La formation des professionnels23

7.2.4 L'anticipation des formations pour les nouveaux professionnels et métiers.24

7.3 DES ACTIONS EN FAVEUR DE L'IMMOBILIER24

7.4 LES ACTIONS DE COOPERATION AU SEIN D'UN MEME TERRITOIRE ENTRE TOUS LES ACTEURS.....24

7.4.1 Les objectifs des actions de coopération24

7.4.2. Les outils de coopération à privilégier25

8. LES ARTICULATIONS AVEC LES AUTRES POLITIQUES RÉGIONALES.....25

9. LA CONCERTATION.....26

ANNEXES28

LES PROJECTIONS DE POPULATION EN PICARDIE PAR ARRONDISSEMENT28

LES PROJECTIONS DE POPULATION EN PICARDIE PAR ARRONDISSEMENT29

GLOSSAIRE.....33

1. INTRODUCTION : LE CADRE RÉGLEMENTAIRE

1.1 LA LOI DU 11 FÉVRIER ET LE PRIAC

La loi du 11 février 2005 relative à l'égalité des chances, dans l'article 58, instaure la mise en place d'un PRogramme Inter-départemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie, plus communément nommé PRIAC ; ce programme dresse au niveau régional les priorités de financements des créations, extensions, transformations d'établissements ou services médico-sociaux. Il est établi par le Préfet de Région en liaison avec les Préfets de départements.

Ce programme vise notamment à prendre en compte les orientations fixées dans le cadre des schémas, l'accompagnement géographiquement équitable des différentes formes de handicap et de dépendance, l'accompagnement des handicaps de faible prévalence et une meilleure articulation entre le sanitaire et le social.

Il s'agit d'un processus ascendant d'expression des besoins arbitrés par le Préfet de Région. Le PRIAC doit faire l'objet d'une actualisation chaque année.

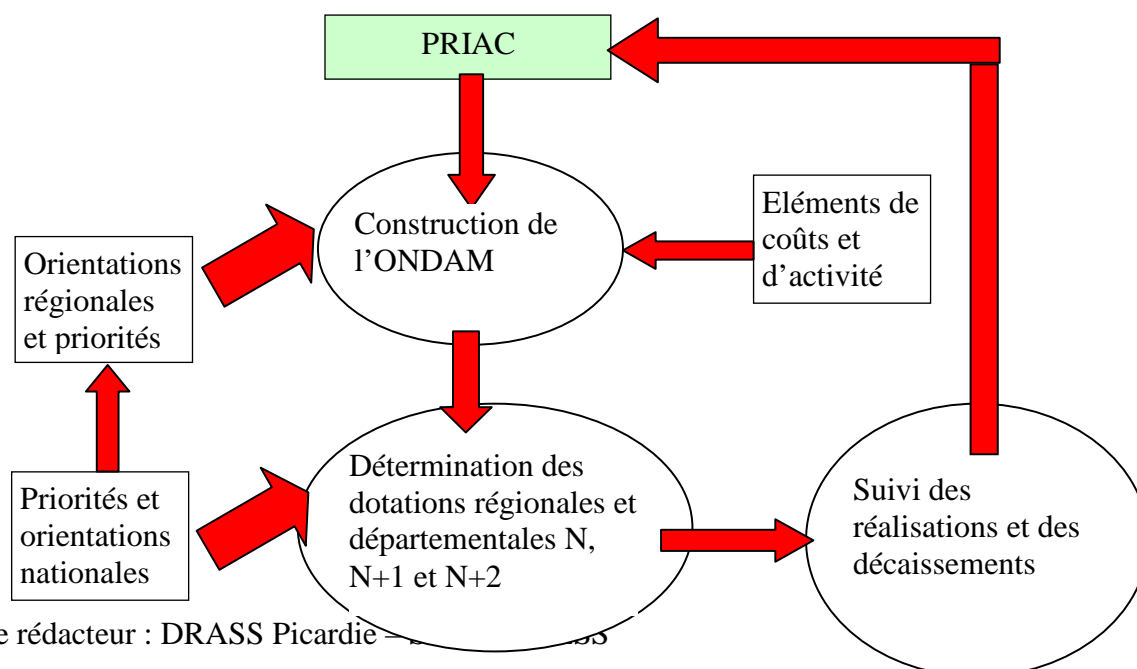
Le PRIAC affiche 3 objectifs principaux interdépendants :

- l'augmentation des taux d'équipement
- la réduction des inégalités inter-départementales
- l'adaptation de l'offre aux besoins par des opérations de transformation d'équipement.

A chaque mois d'avril, le Comité Régional d'Organisation Sociale et Médico-Sociale (CROSMS) et le Comité de l'Administration Régionale (CAR) émettent un avis sur le PRIAC de la Picardie et c'est le Préfet de Région qui l'adopte. Il est transmis pour le 30 avril à la CNSA.

S'agissant d'un outil de programmation opérationnelle, les autorisations initiales qui auront vocation à être accordées devront être compatibles, lorsque les projets en relèvent, avec le PRIAC.

Le PRIAC n'est en aucun cas une programmation financière des dépenses de l'Etat en matière de handicap et de dépendance, il est la programmation des besoins repérés et une demande de financement correspondante auprès de la CNSA.



Il est important de préciser que le PRIAC a une double utilité : l'une au niveau national, l'une au niveau régional.

Au niveau national, la compilation des PRIAC permet à la CNSA d'identifier les besoins en matière de handicap et de dépendance et de négocier les besoins financiers pour cette politique. Les PRIAC servent également à répartir l'enveloppe nationale entre les régions.

Au niveau régional, il permet dans un premier temps d'afficher les priorités régionales et d'impulser une dynamique de partenariat entre les différents acteurs. Dans un second temps, il sert de base pour la répartition des notifications financières annuelles obtenues par la CNSA et la DGAS.

1.2 LE DOCUMENT D'ORIENTATIONS RÉGIONALES

La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) précise que dans le cadre de l'élaboration du PRIAC doit être mis au point un document d'orientations régionales s'appuyant sur les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale. Ce document favorise l'expression des orientations de l'Etat au sein des schémas départementaux en cours d'élaboration. Il doit permettre d'intégrer au niveau local la mise en œuvre des plans nationaux en faveur des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées.

La loi Hôpital Patients Santé Territoire publiée en juillet 2009 restructure la planification médico-sociale en mettant en place deux nouveaux outils : un schéma régional médico-social et une procédure d'appel à projets. Que ce soit le Document d'Orientations Régionales ou le PRIAC, ils préfiguraient ce nouveau paysage : le DOR anticipait un des rôles du schéma régional (identifier les orientations régionales) et le PRIAC anticipait la démarche par appel à projet en identifiant des priorités par année, par équipement et par territoire infra-départemental. Ces deux outils se fonderont donc tout naturellement dans la nouvelle planification médico-sociale à partir de 2010.

2. MÉTHODOLOGIE DE TRAVAIL EN PICARDIE

La région Picardie a été nommée région pilote en 2005 pour l'élaboration des premières versions du PRIAC.

Chaque année, depuis cette date, la méthode d'élaboration n'a cessé d'évoluer mais a gardé les mêmes grandes lignes de travail :

- L'identification des besoins est présentée au niveau de l'arrondissement administratif, territoire aux contours intermédiaires entre le canton et le département. Ce découpage est celui qui peut se rapprocher le mieux des territoires utilisés par les Conseils Généraux même si la superposition exacte n'est pas atteinte.
- il s'agit d'une méthode descendante :

* les besoins en places pour personnes âgées et personnes handicapées sont d'abord identifiés au niveau régional (objectifs quantifiés régionaux = OQR) au regard des besoins de prise en charge de la population picarde.

* les OQR sont ensuite répartis entre arrondissements (objectifs quantifiés par arrondissement = OQA) sur la base d'indicateurs mettant en avant les spécificités départementales.

- Le poids de la population pour identifier les besoins permettant d'adapter l'offre de prise en charge à la répartition de la population entre arrondissement,
- le nombre de bénéficiaires d'allocations handicap (AAH, et AEEH) ou de l'APA pour adapter l'offre aux caractéristiques de chaque arrondissement arrondissements.
- Les taux d'équipement actuels en vue de réduire les inégalités d'équipement entre arrondissements

Avec la volonté d'articuler le diagnostic des besoins avec celui des schémas départementaux et de partager la programmation des besoins avec celle des 3 Conseils Généraux, en 2008 a été initié un partenariat régional rapproché entre acteurs financeurs pour élaborer le PRIAC. Désormais, DDASS et Conseils Généraux se réunissent au sein d'un groupe technique régional et interdépartemental animé par la DRASS pour :

- partager la méthode d'identification et le diagnostic des besoins
- partager les priorités inter-départementales et régionales

De plus, afin d'articuler les priorités inter-départementales et régionales du PRIAC avec les différentes politiques régionales et départementales menée par d'autres décideurs en matière de handicap et dépendance, des rencontres de concertation ont lieu avant l'actualisation de chaque version du PRIAC : Education Nationale, Conseil Régional, Agence Régionale de l'Hospitalisation, l'URCAM, la DRTEFP.

3. DONNÉES GÉNÉRALES SUR LA POPULATION DE PICARDIE

La Picardie voit donc sa population totale peu augmenter entre 2010 et 2014 (+ 0.75%). C'est l'Oise qui représente 42% de la population picarde qui connaît la plus forte progression (+1.60%) et le plus fort vieillissement (14% contre 11% au niveau régional)

D'après les dernières prévisions de l'INSEE pour les années 2010 et 2014, sur la base des projections du recensement de 1999 extrapolées, la Picardie regroupe plus de 1,8 millions d'habitants inégalement répartis entre départements :

	1999	2005	2010	2014
Aisne	535 313	534 861	534 648	533 376
Oise	766 313	784 324	799 662	812 461
Somme	555 479	557 774	561 750	564 461
Picardie	1 857 105	1 876 959	1 896 060	1 910 298

L'Oise représente à ce jour 41,77% de la population picarde, la Somme 29,72% et l'Aisne 28,50%.

En 2014, l'Oise représentera 42,53%, la Somme 29,55% et l'Aisne 27,92%.

D'ici 5 ans, la population Picarde aura augmenté de 0,75%.

A l'heure actuelle, la Picardie se caractérise par une population jeune puisque 26,03% des Picards ont moins de 20 ans, 53,83% ont entre 20 et 59 ans. En 2014, ces parts passeront respectivement à 25,27% et 52,20%. Là encore la situation reste à nuancer entre les départements.

Document d'orientations régionales 2010 – PRIAC version 5

1er janvier 2010	0-6 ans	7-19 ans	20-59 ans	0-59 ans
Aisne	47 482	89 458	281 497	418 437
Oise	75 625	141 448	436 802	653 875
Somme	48 635	90 776	302 373	441 784
Picardie	171 742	321 682	1 020 672	1 514 096

L'Aisne représente actuellement environ 28 % de chaque tranche d'âge, la Somme environ 29% tandis que l'Oise représente plutôt 43% de chaque tranche d'âge.

En 2014, la structure entre départements restera quasiment la même.

1er janvier 2014	0-6 ans	7-19 ans	20-59 ans	0-59 ans
Aisne	45 918	86 409	273 484	405 811
Oise	73 730	138 963	433 850	646 543
Somme	47414	90 121	295 568	433 104
Picardie	167 063	315 493	1 002 902	1 485 457

Concernant le vieillissement de la population, on observe que depuis 1999, la part des plus de 60 ans est passée de 19,09% à 20,15 % et atteindra 22,25% en 2014.

Là encore des nuances sont à apporter par tranche d'âge et par département :

En 2010, la population totale des plus de 60 ans est estimée à 381 964 personnes réparties entre départements de la manière suivante : 30,42% dans l'Aisne, 38,17% dans l'Oise et 31,41% dans la Somme.

La part des personnes âgées de plus de 80 ans, soit 81 666 personnes, se répartit ainsi : 31,75% dans l'Aisne, 34,87% dans l'Oise et 33,39% dans la Somme.

1er janvier 2010	60-74 ans	75-79 ans	80 ans et plus	60 et plus
Aisne	70 690	19 594	25 927	116 211
Oise	95 590	21 724	28 473	145 787
Somme	73 403	19 297	27 266	119 966
Picardie	239 683	60 615	81 666	381 964

En termes d'évolution, entre 2010 et 2014, la part des 75-79 ans diminuera dans tous les départements (-4,27% au niveau régional) tandis que les parts des 60-74 ans et des plus de 80 ans augmenteront dans tous les départements (respectivement +14,83% et +12,40% au niveau régional).

1er janvier 2014	60-74 ans	75-79 ans	80 ans et plus	60 et plus
Aisne	80 584	17 902	29 079	127 565
Oise	111 591	21 652	32 675	165 918
Somme	83 042	18 472	30 036	131 550
Picardie	275 217	58 026	91 790	425 033

Le poids de la population par arrondissement et son évolution entre 2010 et 2014 sont présentés en annexe de ce document. Ces données relatives à la population par arrondissement sont celles qui ont été utilisées dans le cadre des travaux d'actualisation du PRIAC en sa version 5.

4. LES ORIENTATIONS RÉGIONALES ET INTERDÉPARTEMENTALES

La politique nationale suit une idée forte : **faire évoluer l'offre de prise en charge pour qu'elle s'adapte aux besoins de la population**. En effet, ce n'est pas aux personnes de s'adapter à l'offre de prise en charge. Cela sous-tend que les services de l'Etat, avec leurs partenaires, seront d'abord amenés à transformer des places existantes au regard des nouveaux besoins, d'adapter les agréments antérieurement autorisés et dans la continuité, autoriseront de nouvelles places pour les équipements insuffisamment nombreux.

Dans ce cadre, la politique volontariste de la Picardie en matière de handicap et de dépendance s'inscrit dans les priorités nationales et s'articule tout particulièrement autour de trois axes forts :

- favoriser le maintien à domicile et en milieu ordinaire des enfants et adultes handicapés et des personnes âgées en développant une offre de services adaptée
- réduire les inégalités d'équipement entre territoires afin d'offrir aux personnes qui en ont besoin un accueil diversifié, suffisant et adapté en établissements et services.
- offrir la meilleure continuité de prise en charge possible entre les différents dispositifs des secteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social

Il s'agira d'accompagner les professionnels, les familles et les usagers dans le cadre des changements proposés.

Pour la majorité d'entre elles, les orientations stratégiques se déclineront au niveau de l'arrondissement administratif afin de privilégier la proximité de l'action de la politique et de l'utilisateur. Toutefois, cette option politique ne sera pas un frein à la prise en charge de personnes venant d'un arrondissement limitrophe si la prise en charge dont elles relèvent le nécessite. L'implantation même des établissements et services devra, quant à elle, être étudiée au regard des bassins de vie afin d'affiner au sein d'un arrondissement le principe d'accessibilité et de proximité de l'offre de prise en charge.

A contrario, pour quelques orientations stratégiques, l'approche devra être soit départementale, soit régionale voire interrégionale quant la problématique dépasse les frontières administratives où lorsque la prévalence le nécessite. Il s'agit notamment des personnes présentant un handicap rare, les personnes traumatisées crâniennes et les personnes ayant besoin d'une prise en charge après un accident vasculaire cérébral.

5. LES ORIENTATIONS EN FAVEUR DES PERSONNES ÂGÉES

5.1 LES ORIENTATIONS NATIONALES EN FAVEUR DES PERSONNES ÂGÉES

La politique en faveur des personnes âgées fait l'objet de deux plans nationaux fixant les grandes orientations dans la prise en charge de la dépendance. Plusieurs réformes financières, notamment celles relatives à la requalification des USLD (engagée en 2008) et au conventionnement tripartite ont permis elles aussi d'améliorer la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Ce sont le Plan Solidarité Grand Age de juin 2006 et le plan Alzheimer 2008 – 2012 qui fixent les orientations nationales et qui guident de ce fait les orientations régionales.

5.1.1 Le Plan Solidarité Grand Age de 2006

Le plan Solidarité Grand-Age propose 5 axes d'action :

- donner aux personnes âgées dépendantes le libre choix de rester chez elles en développant les services de soins à domicile, en soutenant davantage des aidants familiaux et en assurant une continuité entre domicile et maison de retraite ;
- inventer la maison de retraite de demain en permettant aux personnes âgées vulnérables de mieux y vivre en augmentant le nombre de soignants, en améliorant la qualité de vie et en maîtrisant les prix.
- Adapter l'hôpital aux personnes âgées en développant la filière gériatrique et en resserrant des liens tant avec le domicile qu'avec la maison de retraite.
- Assurer pour l'avenir le financement solidaire de la dépendance afin de garantir un haut niveau de protection sociale face à la dépendance
- Insuffler une nouvelle dynamique à la recherche et à la prévention.

5.1.2 Le plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012

Le plan Alzheimer, quant à lui, met en avant 3 axes d'action :

- améliorer la qualité de vie des malades et des aidants : apporter un soutien accru aux aidants, renforcer la coordination entre tous les intervenants, permettre aux personnes atteintes et à leurs proches de choisir le soutien à domicile, améliorer l'accès au diagnostic et optimiser le parcours de soins, améliorer l'accueil en établissements pour une meilleure qualité de vie des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, valoriser les compétences et développer les formations des professionnels ;
- connaître pour agir : fournir un effort sans précédent pour la recherche, organiser un suivi épidémiologique ;
- se mobiliser pour un enjeu de société : informer et sensibiliser le public, promouvoir une réflexion et une démarche éthique, faire de la maladie d'Alzheimer une priorité européenne.

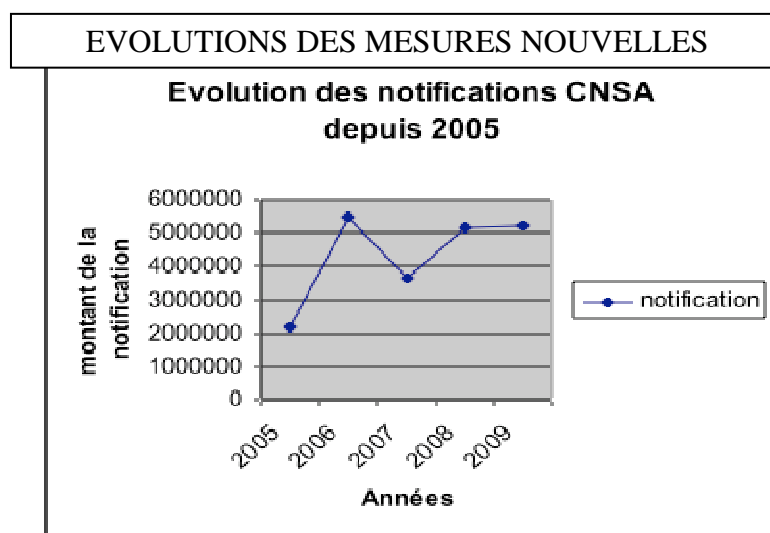
5.2 LES ÉQUIPEMENTS EXISTANTS EN PICARDIE :

Sur la base des données fournies par la CNSA, il apparaît que la Picardie présente un taux d'équipement supérieur au taux moyen national pour les EHPAD et les SSIAD.

A ce jour, la Picardie compte 16 643 places d'EHPAD, 3 609 places de SSIAD, 401 places d'AJ et 244 places d'HT.

Depuis 2005, la CNSA a notifié des mesures nouvelles permettant d'augmenter l'équipement à hauteur de 1 000 places d'EHPAD, 968 places de SSIAD, 232 places d'AJ et 139 places d'HT.

Sous l'impulsion du Plan Solidarité Grand-Age, de la mise en place de la CNSA, de la journée de solidarité et des PRIAC, les enveloppes de crédits pour les mesures nouvelles consacrées à ces équipements ont suivi l'évolution suivante :



A noter que la réforme des USLD s'achève et aura amené à requalifier sur 2008, 2009 et 2010, 1 308 places d'USLD. 1 625 places d'EHPAD seront ainsi transférées dans le champ des EHPAD d'ici 2010.

A ce jour, 189 375 457 € sont consacrés à la prise en charge des personnes âgées en Picardie.

Sur cette base, les taux d'équipement départementaux* pour personnes âgées sont les suivants:

2009	Aisne	Oise	Somme	Picardie	Ecart d'équipement**
EHPAD	122.67	118.43	109.83	116.97	8.60
SSIAD	10.03	8.14	10.48	9.45	2.34
Accueil de Jour	0.94	1.01	1.21	1.05	0.27
Hébergement Temporaire	0.74	0.55	0.65	0.64	0.19

*Le choix a été fait de calculer les taux d'équipement non pas sur l'ensemble de la population des plus de 60 ans mais en référence à la population d'accueil de ces équipements. En conséquence, les taux d'équipement EHPAD sont calculés avec la population des plus de 75 ans. Les autres équipements sont calculés avec la population des plus de 60 ans.

**écart entre le département le mieux équipé et le département le moins bien équipé

A l'horizon 2013, les orientations prises au niveau régional permettront à la fois d'augmenter les taux d'équipement dans chaque département pour faire face au vieillissement de la population et de réduire les inégalités d'offre entre les territoires.

2013	Aisne	Oise	Somme	Picardie	Ecart d'équipement
EHPAD	127.20	121.80	119.53	122.76	7.67
SSIAD	11.45	9.98	11.84	11	1.86
Accueil de Jour	2.30	1.96	2.17	2.12	0.34
Hébergement Temporaire	1.50	1.27	1.40	1.38	0.23

5.3 LES PRIORITÉS INTER-DÉPARTEMENTALES ET RÉGIONALES

Au regard des orientations nationales et régionales, les priorités inter-départementales et régionales affichées par le PRIAC sont les suivantes :

5.3.1 Respecter le choix du maintien à domicile des personnes âgées vulnérables, y compris les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Il s'agit donc de développer l'offre de services de soins à domicile, d'hébergement temporaire et d'accueil de jour.

- Un des facteurs du maintien à domicile des personnes âgées tient en partie dans la disponibilité du dispositif de prise en charge : il appartient donc aux services de l'Etat en partenariat avec les Conseils Généraux d'offrir sur chaque territoire une diversité de services. Pour ce qui concerne les services de l'Etat, il s'agira de développer parallèlement et de façon coordonnée l'offre en SSIAD, Accueil de Jour et Hébergement Temporaire afin qu'ils puissent accueillir en tant que de besoins les personnes dépendantes et leur éviter un éventuel changement brusque de rythme de vie qu'impose un séjour, même court, en EHPAD. La notion de domicile peut s'entendre de deux manières : le domicile privé ou le domicile de substitution. Quelque soit ce domicile; l'action des services de l'Etat reste la même. A noter que la création de places de SSIAD devra être étudiée en lien avec la classification démographique de zones des infirmiers libéraux réalisée par la Mission Régionale de Santé.

Au regard des réductions d'inégalité entre territoires :

- pour le développement de SSIAD, les arrondissements de Laon, Saint Quentin, Soissons, Beauvais, Clermont, Senlis et Abbeville seront prioritaires.
 - pour le développement de l'Accueil de Jour, les arrondissements de Laon, Soissons, Beauvais, Clermont, Compiègne et Montdidier seront prioritaires
 - pour le développement de l'Hébergement Temporaire, les arrondissements de Soissons, Laon, Saint Quentin, Compiègne, Senlis et Péronne seront prioritaires.
- un autre atout pour améliorer la qualité de prise en charge à domicile des personnes dépendantes est la coordination des services de soins avec les autres services à domicile dédiés à ces personnes et qui ne relèvent pas des services de l'Etat. Un travail de partenariat est à consolider au niveau de chaque territoire par les autorités compétentes. Les services de coordination ont pleinement leur rôle à jouer. A ce titre, la mise en place de SPASAD et de MAIA en Picardie est à travailler.

- La montée en charge de la maladie d'Alzheimer est une préoccupation forte qui amène à réévaluer chaque année les besoins de prise en charge et à adapter les types de prises en charge. L'Hébergement Temporaire et l'Accueil de Jour sont deux types d'équipement innovants et particulièrement adaptés aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Aussi, la Picardie se veut volontariste en la matière : compte-tenu de l'équipement actuel en Picardie et du vieillissement de la population, l'équipement ciblé par le PRIAC à échéance 2013 est en nette augmentation tant pour l'hébergement temporaire que pour l'accueil de jour : il est prévu d'augmenter le nombre de places d'Accueil de Jour de 144% et d'Hébergement Temporaire de 102%. Il est donc clairement affiché que ces équipements doivent se développer dans les années à venir sur tous les arrondissements et en priorité ceux qui sont le moins équipés : chaque acteur doit porter une attention toute particulière à la mise en œuvre de ce type de prise en charge. De nouvelles structures sont à développer telles que les Pôles d'Activité et de Soins Adaptés (PASA) et les Unités d'Hébergement Renforcées (UHR). Des équipes de SSIAD doivent se spécialiser auprès de cette population.

5.3.2 Maintenir une offre de places en établissements pour les personnes les plus dépendantes

Certaines personnes devront faire le choix à un moment de leur vie d'être accueillies en établissements, notamment quand les services d'aide à domicile ne permettront plus une prise en charge satisfaisante. La Picardie veut se donner les moyens de répondre à ces personnes au moment où elles feront leur choix.

Il s'agit donc dès à présent de :

- maintenir les taux d'équipement dans chaque arrondissement en prenant en compte le vieillissement de la population, inégal entre départements. L'effort est soutenu dans les 3 départements.
- mettre à disposition dans chaque arrondissement une offre équilibrée en établissements. Au titre de la réduction des inégalités, les arrondissements de Château-Thierry, Laon, Saint-Quentin, Soissons, Senlis et Amiens seront prioritaires pour le développement d'EHPAD.

5.3.3 Assurer un parcours de prise en charge adapté, coordonné et continu de la personne âgée

La programmation du PRIAC pour faire évoluer l'équipement mis à disposition de la population reflète cet objectif. En effet, les SSIAD, l'Hébergement Temporaire et l'Accueil de Jour prennent le relais pour des personnes qui n'ont pas leur place en EHPAD.

Aussi, il est important qu'aucun maillon du dispositif de maintien à domicile ne manque afin d'éviter que la personne soit contrainte de faire appel à l'Institutionnel par défaut. Aussi la programmation des besoins et le développement des projets s'attachent à lier les créations de places en SSIAD, AJ et HT. Une attention tout particulière doit être portée sur un équipement équilibré et suffisant entre ces trois dispositifs sur chaque arrondissement.

Quant à l'équipement en EHPAD, celui-ci doit s'adapter à la population qui fait appel à ce type de prise en charge, notamment les personnes âgées les plus dépendantes. L'accueil en EHPAD doit être le dispositif de dernier recours lorsque ceux soutenant le maintien à domicile sont devenus inefficaces.

Quant à la structuration d'une filière gériatrique efficace, c'est à travers le Schéma Régional d'Organisation des Soins et les Projets Médicaux de Territoire, les schémas gérontologiques et le

PRIAC, que l'ensemble des décideurs politiques peuvent agir et inciter les acteurs à s'y investir : la contractualisation d'objectifs tant dans le sanitaire que dans le médico-social (via les CPOM et les Communautés Hospitalières de Territoires notamment) est l'outil de prédilection pour organiser les coopérations, complémentarités entre structures d'horizons institutionnels divers. Il s'agira notamment de mettre en place des consultations avancées au plus près de la population âgée, de développer l'intervention d'HAD en EHPAD.

Toutefois, le nombre et le type de places ne sont pas les seules réponses à apporter aux attentes de la population âgée, la qualité des places et de la prise en charge fait également partie des préoccupations de la région Picardie. Il est important de médicaliser au mieux les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes, de recruter et de former le personnel qui les prend en charge et de voir se constituer une filière gériatrique efficace qui permette aux personnes âgées d'accéder facilement et rapidement à des soins qu'ils soient sanitaires ou médico-sociaux.

Le réforme de requalification des USLD, le processus de conventionnement tripartite, le mécanisme de médicalisation des foyers de vie et les dispositifs de formation de médecins aux outils PATHOS et AGGIR sont aussi des moyens pour adapter l'offre, sur le plan qualitatif, aux besoins réels des personnes.

Il conviendra également d'apporter une réponse aux besoins de prise en charge des troubles psychiatriques des personnes âgées, afin de développer notamment la psychiatrie de liaison, l'intervention à domicile et en EHPAD et de renforcer les compétences psychiatriques nécessaires au sein des équipes pluridisciplinaires des consultations mémoire. De leur côté, les établissements médico-sociaux devront s'adapter à la prise en charge de personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques. Les CPOM et les conventions seront des outils incitatifs pour investir cette problématique.

6. LES ORIENTATIONS EN FAVEUR DES PERSONNES HANDICAPÉES

6.1 LES ORIENTATIONS NATIONALES EN FAVEUR DES PERSONNES HANDICAPÉES

Par la Loi du 11 février 2005, le législateur a souhaité définir une nouvelle politique du handicap. Cette loi vise à être le point de départ d'une politique du handicap en amélioration constante et repose sur 4 piliers :

- une nouvelle définition du handicap,
- un accès des personnes handicapées à tous les droits fondamentaux reconnus aux citoyens,
- le droit à la compensation,
- une nouvelle gouvernance qui associe étroitement les personnes handicapées et leurs représentants. La CNSA et les MDPH sont chargées de mettre en œuvre ce nouveau dispositif.

Pour décliner certaines de ces orientations législatives, le niveau national a établi plus spécifiquement un programme pluriannuel de créations de places en établissements et services pour un accompagnement adapté du handicap tout au long de la vie et a publié en mai 2008 le plan national autisme 2008-2010.

6.1.1 Le programme pluriannuel de créations de places en établissements et services pour un accompagnement adapté du handicap tout au long de la vie 2008 – 2012

Publié le 24 janvier 2008, ce programme affiche 8 actions prioritaires :

- développer l'action précoce
- soutenir la scolarisation et le développement de l'autonomie des enfants
- accompagner les personnes handicapées vers l'emploi
- apporter des réponses complémentaires pour les enfants les plus lourdement handicapés et assurer une couverture plus équilibrée du territoire
- accompagner l'avancée en âge des adultes lourdement handicapés
- apporter des réponses renforcées aux troubles du comportement des enfants et des adolescents, selon des modes diversifiés
- organiser nationalement l'accès à des compétences rares pour les prises en charge complexes et les handicaps rares, à faible prévalence
- accompagner la recomposition et la restructuration des organismes gestionnaires d'établissements et services sociaux et médico-sociaux dans le secteur du handicap

6.1.2 Le plan national autisme 2008-2010

Ce plan met en avant 3 axes d'action au sein desquels s'inscrivent les objectifs prioritaires en matière de prise en charge des personnes atteintes d'autisme ou de TED :

- mieux connaître pour mieux former : élaborer et actualiser régulièrement le corpus de connaissance sur l'autisme, améliorer le niveau de formation des professionnels et des familles, définir des critères de qualité des pratiques professionnelles en direction des personnes autistes,
- mieux repérer pour mieux accompagner : améliorer le repérage des troubles et l'accès au diagnostic, mieux orienter les personnes avec autisme et leur famille, favoriser la vie en milieu ordinaire, à tous les âges de la vie,
- diversifier les approches, dans le respect des droits fondamentaux de la personne : promouvoir une offre d'accueil, de services et de soins cohérente et diversifiée, expérimenter de nouveaux modèles de prises en charge, en garantissant le respect des droits fondamentaux de la personne.

La CNSA a annoncé la parution du plan national « handicaps rares » en octobre 2009.

6.1.3 Le plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008

Ce plan veut donner à la psychiatrie et à la santé mentale un nouveau souffle au service des usagers et des acteurs. L'approche étant de prendre en charge de manière globale un état de santé mentale défavorable et prendre en compte les besoins multiples sanitaires et sociétaux, de la personne. Ce plan consiste à dépasser l'approche jusqu'alors centrée sur les structures au profit d'une approche centrée sur les besoins.

Pour cela, le plan a défini 4 axes principaux d'action :

- une prise en charge décloisonnée tant au niveau de l'information, que de l'accueil, du soin et de l'accompagnement. Il s'agira notamment de renforcer les prises en charge en ambulatoire au sein des CMP et de diversifier les alternatives à l'hospitalisation complète, créer des lieux d'entraide mutuelle, favoriser l'accès à un hébergement adapté et mobiliser les dispositifs de travail adapté.
- Accompagner au mieux les patients, les familles et les professionnels en renforçant les droits des malades et de leurs proches et en améliorant l'exercice des professionnels en santé mentale.

- Développer la qualité et la recherche en favorisant les bonnes pratiques, améliorant l'information quant à l'activité en psychiatrie.
- Mettre en œuvre des programmes spécifiques autour de la dépression et du suicide, des actions santé/justice, de la périnatalité, des enfants et adolescents, et des populations vulnérables (personnes en situation précaire ou d'exclusion, les personnes âgées et les personnes soumises à un choc violent nécessitant une aide médico-psychologique d'urgence).

6.2 LES PRIORITÉS EN FAVEUR DES ENFANTS HANDICAPÉS

6.2.1 L'équipement actuel en Picardie :

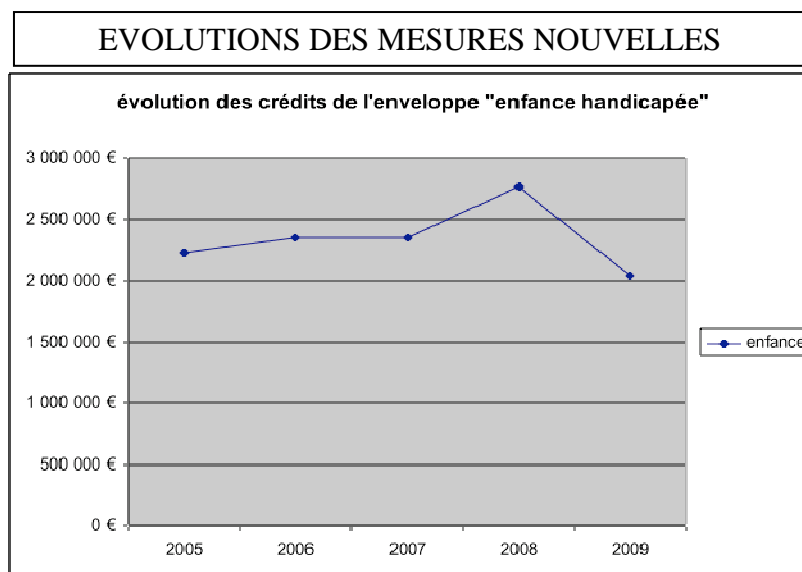
Selon les données fournies par la CNSA, il apparaît que la Picardie affiche un taux d'équipement régional supérieur à la moyenne nationale pour les IME.

A ce jour, la Picardie met à disposition des enfants handicapés l'équipement suivant :

- 8 CMPP et 9 CAMSP
- 927 places de SESSAD,
- 3 434 places d'IME et d'IEM,
- 488 places d'ITEP.

La CNSA a notifié des mesures nouvelles permettant d'augmenter l'équipement à hauteur de 296 places de SESSAD, 98 places d'IME et IEM et 12 places d'ITEP.

Les enveloppes de crédits consacrées à ces équipements ont suivi l'évolution suivante :



Sur cette base, les taux d'équipement départementaux* pour enfants handicapés sont les suivants:

2009	Aisne	Oise	Somme	Picardie	Ecart d'équipement**
SESSAD	2.25	1.69	1.81	1.88	0.56
IME, IEM (toutes déficiences)	8.96	3.86	9.82	6.95	5.96
ITEP	0,73	1,39	0,62	0,99	0.77
CAMSP et antennes (en site d'implantation)	3	3	2	8	1
CMPP (en site d'implantation)	15	13	7	35	8

*Le choix a été fait de calculer les taux d'équipement sur l'ensemble de la population des 0-19 ans.

**écart entre le département le mieux équipé et le département le moins bien équipé

A l'horizon 2013, les orientations prises au niveau régional permettront à la fois d'augmenter les taux d'équipement dans chaque département pour faire face à l'évolution de la population et de réduire les inégalités d'offre entre les territoires.

2013	Aisne	Oise	Somme	Picardie	Ecart d'équipement
SESSAD	2.92	3.14	2.60	2.92	0.54
IME, IEM (toutes déficiences)	9.53	4.11	10.08	7.30	5.97
ITEP	0.83	1.49	0.65	1.07	0.83
CAMSP et antennes (en sites d'implantation)	4	3	2	9	2
CMPP (en sites d'implantation)	1	6	1	8	5

6.2.2 Les priorités interdépartementales et régionales pour l'enfance handicapée

6.2.2.1 favoriser le dépistage précoce des handicaps

Bien que les orientations nationales préconisent l'existence d'un CAMSP par département, la Picardie veut développer une offre de proximité et favoriser ainsi les prises en charge adaptées dès le plus jeune âge. Aussi est-il prévu de maintenir le maillage existant du territoire à un niveau infra départemental avec plusieurs CAMSP dans chaque département avec la création d'antennes dans des territoires défavorisés. L'objectif étant de proposer une offre diversifiée sur chaque arrondissement, il s'agira d'identifier, là où il n'y a pas de sites implantés, des lieux relais permettant d'offrir un premier accueil avant d'orienter l'enfant vers une structure adéquate.

Le dépistage précoce doit être à l'intention de tous les handicaps. Aussi, il est indispensable d'offrir un panel diversifié de formations aux professionnels chargés de procéder au dépistage précoce.

Concernant plus spécifiquement le dépistage précoce de l'autisme ou des TED, la montée en charge de l'activité du Centre de ressources régional autisme, ouvert à Amiens en novembre 2007, et sa présence au sein de deux antennes départementales dans l'Oise et l'Aisne permettra d'aboutir à des diagnostics plus précoces.

Le renforcement des établissements de santé tant en termes de formation des personnels que de moyens pour développer un réel dispositif d'annonce, prévu par le plan national autisme, permettra d'améliorer cette période clé du diagnostic.

6.2.2.2 favoriser le maintien à domicile et en milieu ordinaire des enfants handicapés en développant une offre de services adaptée

La Picardie s'inscrit dans les orientations nationales en marquant sa volonté de maintenir le plus longtemps possible les enfants et adolescents dans leur milieu ordinaire de vie. C'est pourquoi d'ici 2014, il est affiché la volonté d'un maintien de l'équipement actuel en IME malgré une liste d'attente importante à ce jour. Pendant ces 5 ans, l'effort doit être amplifié pour orienter les enfants vers le milieu ordinaire en y associant les dispositifs sanitaire et médico-social adéquats. D'ici 3 ans, il doit être mis fin aux listes d'attente en IME : 1/3 des enfants en liste d'attente devront être ainsi réorientés vers des SESSAD, les autres devront être soutenus par d'autres types de dispositif. Un travail fort de partenariat avec les équipes pluridisciplinaires des MDPH est à mener dans le cadre des plans personnalisés de compensation.

Dans la mesure du possible, les trois départements s'engageront ou poursuivront leur effort en matière de transformations d'équipement pour les adapter aux besoins des enfants.

Au titre de la réduction des inégalités territoriales, les arrondissements de Château-Thierry, Saint-Quentin, Compiègne, Senlis, Abbeville et Montdidier seront prioritaires pour le développement de SESSAD.

La scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire est également affichée comme un objectif fort : il s'agira de coordonner les équipements médico-sociaux (notamment les SESSAD), sanitaires (Hôpitaux de jour) avec les dispositifs de l'Education Nationale dans la continuité du décret 2009-378 du 2 avril 2009 qui fixe un cadre de coopération visant à organiser la mise en œuvre du projet personnalisé de scolarisation des enfants par le biais de conventions.

Un effort particulier de coordination est à mener entre les services d'aide à l'enfance, de la Protection Judiciaire de la Jeunesse et les structures médico-sociales qui accueillent les enfants la semaine et leur procure l'enseignement. La continuité de la prise en charge doit passer par une coordination des différentes équipes prenant en charge alternativement ces enfants et doit être prise en compte dans chaque projet individuel. De même le relais entre les services de l'Aide Sociale à l'Enfance et les structures médico-sociales lorsque la personne atteint les 18 ans est à travailler conjointement et en amont de cette période sensible pour les jeunes adultes afin d'éviter toute rupture de prise en charge. En aucun cas, les services médico-sociaux n'ont vocation à se substituer aux structures d'accueil de droit commun.

De même, la prise en charge du handicap psychique doit se développer de plus en plus en dehors des murs des établissements psychiatriques et ce, dès que possible. Il est donc important d'équiper au mieux chaque territoire de CMPP ou d'antennes afin de renforcer la prise en charge en ambulatoire, de proximité et réduire les délais d'attente. Le développement de SESSAD pour jeunes souffrant d'un handicap psychique peut également être encouragé. La réflexion sur les articulations entre CMP et CMPP sur un même territoire doit être engagée, elle doit l'être également au niveau même du projet individuel.

Favoriser le maintien à domicile c'est aussi porter une attention particulière aux enfants handicapés pris en charge actuellement hors région et notamment en Belgique. Il est important de renforcer l'équipement picard pour lui permettre d'accueillir de manière adaptée ces enfants au plus près de leur famille, pour ceux qui le souhaitent.

L'équipement actuel en IME devra pouvoir faire face, à l'avenir, à la prise en charge des enfants les plus lourdement handicapés et prioritairement les enfants autistes. Il est demandé à ces établissements d'élaborer un projet de vie qui donne accès, dans la mesure du possible, à des activités ayant lieu en milieu ordinaire et contribuent par la même au développement social et culturel de l'enfant pris en charge. Cette orientation régionale s'illustre notamment par la convention cadre culture/Handicap signée chaque année entre les DDASS/DRASS et la DRAC

pour inciter les établissements médico-sociaux accueillant principalement des enfants handicapés à développer des actions culturelles pour et avec ces personnes.

Il s'agira aussi d'encourager la diversification des modes de prise en charge proposés par les établissements (alternat, accueil séquentiel, temporaire, de journée, semi-internat, externat, internat, ...) afin d'adapter l'offre de prise en charge aux besoins des enfants. L'objectif étant de minimiser les motifs de rupture de prise en charge.

6.2.2.3 réduire les inégalités d'équipement entre territoires afin d'offrir aux personnes qui en ont besoin un accueil en établissements et services suffisant et adapté

Alors qu'il est décidé d'adapter l'offre de places en IME aux besoins des enfants les plus lourdement handicapés, est en contrepartie affichée une volonté d'augmenter l'équipement en services de maintien à domicile afin de prendre en charge les enfants actuellement en attente de places ainsi que les nouvelles orientations. Avant de créer des places de SESSAD, il sera demandé de procéder à cette adaptation de l'offre par des transformations de places d'IME en places de SESSAD.

Les besoins en places de SESSAD d'ici les 5 prochaines années vont au delà des listes d'attente actuelles car ils prennent en compte aussi la réorientation future, sous l'impulsion de la politique régionale, d'enfants orientés en première intention en IME. Le développement des SESSAD permettra à la fois aux enfants de vivre en milieu ordinaire au sein de leur famille mais aussi de les accompagner dans leur scolarisation en milieu ordinaire ou spécialisé selon le choix qu'ils auront émis. Les SESSAD seront là aussi pour soutenir les familles dans l'accompagnement au quotidien de leur enfant handicapé.

6.2.2.4 offrir la meilleure continuité de prise en charge possible entre les différents dispositifs des secteurs du sanitaire et du médico-social

Il est important à ce titre que les politiques publiques soient articulées afin d'offrir une prise en charge coordonnée et continue des enfants et adolescents afin de troubler au minimum leur développement. Les dispositifs sanitaires et médico-sociaux doivent être présents aux côtés de l'enfant et de l'adolescent aux moments clés de sa vie tout en respectant ses choix et ceux de sa famille. Le travail en réseau de l'ensemble des acteurs doit être une priorité pour entourer l'enfant des services les plus adaptés : hôpitaux de jour, CMPP, CMP, pédopsychiatrie, SESSAD, IME, IEM, ... doivent construire ensemble un dispositif cohérent et adapté de prise en charge sur un territoire donné. Les projets d'établissements et les contrats d'objectifs devront prendre en compte cette dimension, de même que le suivi des évaluations internes et externes des établissements et services.

6.2.2.5 Soutenir et accompagner le passage d'une structure relevant de l'enfance handicapée vers le dispositif pour personnes adultes handicapés.

La coordination des acteurs doit également se faire au moment sensible du passage de l'adolescence à l'âge adulte puisqu'il occasionne un changement de dispositif. Ce passage doit être le plus souple et le plus naturel que possible pour l'enfant devenant adulte. Il doit également avoir lieu en temps et en heure. L'objectif étant de réorienter dès que possible les adultes maintenus en structures pour enfants faute de places en équipement pour adultes. L'articulation entre ces acteurs doit être anticipée dans le cadre du suivi et de l'adaptation du projet de vie et être prise en compte dans les besoins affichés au niveau régional en faveur des personnes adultes handicapés.

Il s'agit d'organiser au plus tôt des filières et des réseaux sur chaque territoire qui puissent à la fois répondre aux besoins de prise en charge sanitaire, médico-sociale mais aussi d'insertion sociale et professionnelle. L'objectif étant que les acteurs de cette organisation territoriale se dotent des moyens nécessaires pour répondre aux projets individualisés des personnes résidents sur ce territoire afin que celles-ci puissent réaliser leur projet de vie.

Conformément à la volonté de maintenir l'enfant en milieu ordinaire, il est important de prolonger cette dynamique après l'âge adulte. Une sensibilisation des établissements accueillant ces futurs jeunes adultes, si une prise en charge collective est nécessaire, sera importante pour qu'ils anticipent ce passage délicat avec les futurs employeurs. Parallèlement le développement coordonné des services d'aide au maintien à domicile (SAMSAH et SAVS notamment) devra être anticipé pour accompagner ces jeunes adultes vers le milieu ordinaire.

6.3 LES PRIORITÉS EN FAVEUR DES PERSONNES ADULTES HANDICAPÉS

6.3.1 L'équipement actuel :

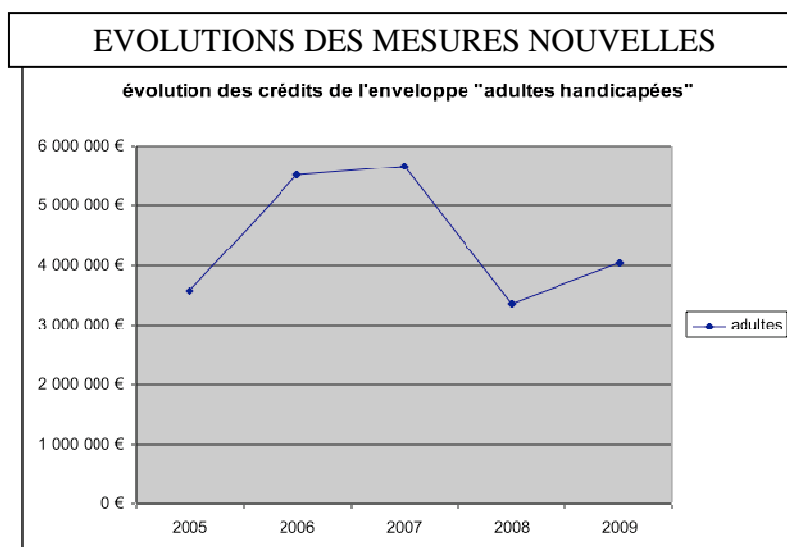
Selon les données fournies par la CNSA, il apparaît que la Picardie affiche un taux d'équipement régional supérieur à la moyenne nationale pour les FAM, les SSIAD et les SAMSAH.

A ce jour, la Picardie met à disposition des personnes adultes handicapés l'équipement suivant :

- 4 159 places d'ESAT
- 660 places de MAS,
- 661 places de FAM,
- 99 places de SAMSAH Généraliste,
- 83 places de SAMSAH handicap psychique
- 299 places de SSIAD.

Depuis 2005, la CNSA a notifié des mesures nouvelles permettant d'augmenter l'équipement à hauteur de 330 places d'ESAT, 124 places de MAS, 368 places de FAM, 99 places de SAMSAH généralistes, 83 places de SAMASH handicap psychique et 175 places de SSIAD. A noter aussi que 11 places de foyers de vie ont été médicalisées.

Les enveloppes de crédits consacrées à ces équipements ont suivi l'évolution suivante :



Sur cette base, les taux d'équipement départementaux pour personnes adultes handicapées sont les suivants:

1er janvier 2009	Aisne	Oise	Somme	Picardie	Ecart d'équipement
ESAT	4,54	3,56	4,26	4,04	0.98
MAS	0.68	0.60	0.68	0.65	0.08
FAM	0.85	0.55	0.60	0.65	0.30
SSIAD	0.31	0.26	0.32	0.29	0.06
SAMSAH	0.25	0.16	0.13	0.18	0.12

Le choix a été fait de calculer les taux d'équipement sur l'ensemble de la population des 20-59 ans.

A l'horizon 2013, les orientations prises au niveau régional permettront à la fois d'augmenter les taux d'équipement dans chaque département pour faire face à l'évolution de la population et de réduire les inégalités d'offre entre les territoires.

2013	Aisne	Oise	Somme	Picardie	Ecart d'équipement
ESAT	5.18	4.17	4.73	4.61	1.01
MAS	0.84	1.26	0.86	1.03	0.42
FAM	1.21	0.89	1.00	1.01	0.32
SSIAD	0.63	0.52	0.53	0.55	0.11
SAMSAH	0.48	0.37	0.46	0.42	0.11

6.3.2 Les priorités interdépartementales et régionales

En matière d'équipement pour adultes handicapés, les priorités affichées en région sont les suivantes :

6.3.2.1 Prioriser le maintien à domicile des personnes adultes handicapées

L'effort pour favoriser le maintien à domicile fourni auprès des enfants handicapés doit être poursuivi à l'âge adulte. Aussi, le développement des SSIAD et de SAMSAH pour personnes handicapées est fortement encouragé, en articulation avec les autres services d'aide à domicile (et notamment les SAVS déployés par les Conseils Généraux) et les services gestionnaires de tutelle.

Au titre de la réduction des inégalités territoriales :

- pour le développement de SSIAD PH, les arrondissements de Château-Thierry, Soissons, Beauvais, Clermont, Senlis et Abbeville seront prioritaires.
- pour le développement de SAMSAH, les arrondissements de Château-Thierry, Vervins, Clermont, Senlis, Abbeville, Amiens, Montdidier et Péronne seront prioritaires.

6.3.2.2. Favoriser l'insertion professionnelle des personnes adultes handicapés

Dans la mesure du possible, les services prenant en charge des personnes adultes handicapées mettront tout en œuvre pour favoriser leur insertion professionnelle en milieu ordinaire comme la Loi le préconise. Il s'agira de partager ces préoccupations avec nos partenaires au sein des PDITH et notamment celles relatives au rôle des ESAT, dans l'accompagnement des personnes dans le milieu ordinaire qu'ils doivent effectuer en lien avec les SAMSAH et SAVS du territoire.

Rappelons que l'ESAT est en premier lieu un outil d'insertion des personnes adultes handicapées dans le milieu ordinaire. Aussi, dès que possible les ESAT "hors les murs" seront à privilégier. L'ESAT aura également un rôle dans le développement de la VAE auprès des personnes accueillies afin de leur octroyer les qualifications en adéquation avec leur compétence et les amener à évoluer professionnellement.

Une sensibilisation toute particulière autour de la professionnalisation est à renforcer auprès des établissements accueillant des enfants handicapés proches de l'âge nécessaire pour exercer un métier. En effet il s'agira de fournir au jeune adulte l'information quant aux possibilités qu'il pourra avoir de travailler en milieu ordinaire et en milieu protégé et de l'accompagner individuellement pour faire ses choix, au regard de son projet de vie.

Toutefois, pour les personnes adultes dont le handicap est un frein certain, il s'agira de leur offrir un cadre protégé et adapté. L'action portera donc sur l'offre en ESAT et son articulation avec les entreprises adaptées proches. Une articulation entre ces deux dispositifs est à encourager pour permettre aux adultes handicapés d'exercer une activité professionnelle en adéquation avec leur capacité. Les établissements devront prendre en compte cette dimension dans leur projet d'établissement et développer des actions de coopération à ce titre.

Au titre de la réduction des inégalités territoriales, les arrondissements de Château-Thierry, Beauvais, Clermont, Senlis, Montdidier, Péronne et Abbeville seront prioritaires

Dans le principe de la continuité de la prise en charge, il est indispensable que la Picardie développe davantage le temps partiel en ESAT d'autant qu'elle affiche un taux de travailleurs à temps partiel inférieur au taux national (7.8% contre 13).

6.3.2.3 Offrir une prise en charge adaptée et de proximité pour tous

La proximité passe par une diversification de l'offre de prise en charge sur un même territoire. Il s'agira de trouver le bon équilibre entre tous les modes de prise en charge.

A l'instar des enfants handicapés, il est là aussi prioritaire de développer l'offre en établissements ou services pour accueillir en Picardie les adultes handicapés picards pris en charge actuellement hors région et notamment en Belgique faute de places dans notre région et qui souhaiteraient être pris en charge en Picardie pour se rapprocher de leur lieu de vie et/ou de leur famille.

Il est également important de s'assurer que le passage d'une structure pour enfant handicapé à une structure pour adulte handicapé n'impose pas un déracinement de la personne. Il sera donc recherché au maximum un équipement équilibré sur un même territoire entre structures enfants et adultes, en établissements ou en services.

Au titre de la réduction des inégalités territoriales :

- pour le développement de MAS, les arrondissements de Saint-Quentin, Soissons, Beauvais, Clermont, Compiègne, Amiens et Montdidier seront prioritaires
- pour le développement de FAM, les arrondissements de Château-Thierry, Laon, Beauvais, Clermont, Compiègne, Abbeville et Amiens seront prioritaires.

Suite à la parution du plan national « handicaps rares », la région devra porter une attention particulière sur l'offre à développer en la matière. Des réflexions sont déjà en cours, il restera à les concrétiser.

6.3.2.4. Développer l'offre en faveur des personnes présentant un handicap psychique

Il s'agit dans un premier temps d'offrir aux personnes présentant un handicap psychique stabilisé une prise en charge adaptée dans le secteur médico-social et non plus en établissement psychiatrique.

Des places en établissements et services pour adultes handicapés leur sont dédiées que ce soit en SSIAD, MAS, FAM, SAMSAH. Le développement d'un Groupe d'Entraide Mutuelle au sein de chaque arrondissement leur est également destiné. Une adaptation de l'offre médico-sociale aux besoins de ces personnes se fera prioritairement par des transformations de places existantes.

Ce principe important d'adaptation de l'offre dans la politique régionale médico-sociale s'inscrit en accord avec les orientations régionales du SROS. Il amène à réfléchir à l'adaptation, voire à une reconversion des structures hospitalières vers une prise en charge plus adaptée. Au-delà d'éventuelles restructurations, il sera nécessaire de développer rapidement des actions de coopération entre les deux secteurs (sanitaire et médico-social) afin d'assurer la continuité de la prise en charge du handicap psychique (mise en place d'équipes mobiles par exemple). L'adhésion à la charte régionale sur la prise en charge et la signature de conventions seront encouragées.

Il sera demandé aux établissements des deux secteurs d'inscrire ces principes dans leur projet d'établissement et leur CPOM en référence au Projet Médical de Territoire qui devra en faire mention.

6.3.2.5. Maintenir un taux d'équipement suffisant pour faire face à l'évolution de la population, au vieillissement des enfants et des adultes handicapés

L'espérance de vie des personnes handicapées s'accroît du fait des progrès médicaux et d'une prise en charge plus adaptée. Aussi faut-il anticiper à la fois le vieillissement des personnes déjà accueillies en établissement et services et l'augmentation du nombre de personnes handicapées à prendre en charge par des établissements et services pour adultes

Le développement d'établissements et de services pour personnes handicapées vieillissantes est fortement encouragé. La priorité est donnée à l'adaptation des établissements et services déjà existant par rapport au développement d'établissements et services plus spécifiques à ces nouveaux besoins. L'objectif visé étant d'assurer la continuité du projet de vie de la personne en la maintenant au maximum dans son environnement habituel.

7. DES ACTIONS TRANSVERSALES

7.1 LE DEVELOPPEMENT DE LA BIENTRAITANCE

Depuis 2007, en complément de la lutte contre la maltraitance, les pouvoirs publics ont renforcé leur politique de prévention et de promotion de la bientraitance.

Aussi, la mise en place de cette culture de la bientraitance, tant lors d'une prise en charge en établissement qu'à domicile, constitue l'un des axes forts de la politique en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées.

La bientraitance est à la fois une démarche positive, qui situe les intentions et les actes des professionnels dans un horizon d'amélioration continue des pratiques, tout en conservant une empreinte de vigilance incontournable (mémoire du risque). La bientraitance vise donc à promouvoir le bien-être de l'utilisateur, en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance.

- il s'agit d'abord, dans un objectif de prévention des risques de maltraitance, d'assurer un cadre institutionnel stable permettant la prise en compte de l'expression des usagers. Il convient alors d'accompagner les établissements et services pour qu'ils mettent en place les outils de la Loi du 2 janvier 2002, adaptent leur projet d'établissement à cette nouvelle manière d'aborder la prise en charge de la personne accueillie, et s'assurent que ces outils sont actualisés, connus et partagés par l'ensemble du personnel.
- il s'agit ensuite de former les personnels aux bonnes pratiques de prise en charge, de les soutenir dans leur démarche de bientraitance par une réflexion régulière d'analyse des pratiques professionnelles et par une réflexion sur le sens de leur mission. Cette mission incontournable devra figurer au plan de formation de chaque CPOM.
- il s'agira aussi de porter une attention toute particulière à l'exercice de la bientraitance dans le cadre des évaluations internes menées par chaque établissement et service.
- il s'agit enfin de renforcer le contrôle des établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées ou handicapées. Ces inspections peuvent conduire à des mesures de fermeture, de suspension d'activité, ou à des injonctions de remédier aux dysfonctionnements constatés, lorsque la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes hébergées sont menacés.

7.2 DES ACTIONS EN FAVEUR DE LA DEMOGRAPHIE DES PROFESSIONNELS SANITAIRES, MÉDICO-SOCIAUX, SOCIAUX ET ÉDUCATIFS

Les mesures d'adaptation de l'offre médico-sociale, que ce soit par la transformation de places ou par la créations nette de places en établissements ou en service, ne seront d'aucune efficacité si elles ne s'accompagnent pas de mesures en faveur des personnels qui devront prendre en charge ces personnes. Ces mesures doivent concerner le recrutement, les qualifications et la formation des personnels.

7.2.1 Le recrutement des professionnels

La Picardie fait partie des régions présentant une importante pénurie de professionnels médicaux et paramédicaux dans tous les secteurs d'activité, y compris le médico-social. Aussi, il est important que le plan régional de démographie intègre les professionnels propres à ce secteur dans les mesures qu'il prévoit pour améliorer la situation.

7.2.2 La qualifications des professionnels

Les modes de prise en charge et leur qualité étant sans cesse en évolution, il est indispensable que les qualifications des professionnels qui sont déjà amenés à prendre en charge les personnes accueillies s'adaptent à ces évolutions. Une anticipation en terme de ressources humaines est à fournir afin que les qualifications adéquates et nécessaires soient recrutées au sein des établissements et services (par exemple : les qualifications nécessaires à prendre en charge des personnes handicapées vieillissantes en EHPAD).

7.2.3 La formation des professionnels

Outre la bientraitance, les personnels doivent être formés aux spécificités de la prise en charge des personnes que leur établissement ou service accueille.

Des formations croisées seront également à développer en Picardie entre les professionnels des différents secteurs amenés à prendre en charge les personnes âgées ou handicapées, d'autant plus que les articulations entre secteurs sont prioritaires (coopérations, équipes mobiles).

Les réseaux territoriaux, départementaux ou régionaux existant ou à créer pourraient s'investir dans cette mission transversales afin qu'un panel diversifié de formations soit proposé, en Picardie, à la fois en cursus initial aux futurs professionnels ou en formation continue pour les professionnels déjà en poste.

Il s'agit donc d'identifier avec précisions les qualifications et compétences nécessaires pour prendre en charge de façon optimale ces personnes et de se donner les moyens en région pour former les personnels. Les services de l'Etat devront travailler cette question avec les services du Conseil Régional, les organismes de formation et l'UPJV afin d'adapter les programmes des formations initiales et continues.

7.2.4 L'anticipation des formations pour les nouveaux professionnels et métiers.

Outre le travail sur les formations des personnels déjà recrutés, il s'agit également d'anticiper le nombre et le type de futurs professionnels à recruter et à former sur la base des besoins actuellement connus mais aussi des nouveaux besoins des personnes âgées ou handicapées. Il s'agit en effet d'anticiper au mieux les nouveaux métiers à développer et les formations s'y afférant. Cette action, en partenariat avec le Conseil Régional, s'inscrira en accord avec le plan métier dont les travaux ont été initiés en 2007 par le niveau national.

7.3 DES ACTIONS EN FAVEUR DE L'IMMOBILIER

Faire évoluer l'offre de prise en charge a pour corollaire de faire également évoluer les « murs » afin que les établissements puissent mettre en œuvre de façon pertinente leur projet d'établissement. Si celui-ci doit s'adapter aux besoins des personnes accueillies, le projet architectural le doit aussi.

Le Plan d'Aide à l'Investissement de la CNSA va dans ce sens en apportant une aide financière à la rénovation ou à la réhabilitation de bâtiments qui ne répondent plus aux normes actuelles.

Dans le champ des personnes âgées, le Ministère du Travail, des Relations sociales de la Famille et de la Solidarité et de la Ville (Direction Générale de l'Action Sociale) a élaboré un guide pour l'appréciation de la qualité des espaces de vie dans les établissements. Il a pour objectif d'assurer l'adéquation entre le projet de vie des résidents et la capacité des espaces de vie à y répondre. Il s'agira désormais de respecter au mieux les préconisations de ce guide. Une attention toute particulière sera portée à l'architecture des projets présentant une prise en charge de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et à la mise en place des équipes spécialisées, des UHR et des PASA

De même, il s'agira pour les services de l'Etat et leurs partenaires d'assurer une bonne coordination des travaux, de l'ouverture de la structure et de son financement. La programmation des différents plans d'investissement et des différentes aides financières devra être en cohérence avec la programmation des besoins figurant au PRIAC et les financements apportés par la CNSA.

7.4 LES ACTIONS DE COOPERATION AU SEIN D'UN MEME TERRITOIRE ENTRE TOUS LES ACTEURS.

7.4.1 Les objectifs des actions de coopération

- les besoins des personnes âgées ou handicapées sont nombreux et parfois relèvent de plusieurs dispositifs. Il est important que l'appel à différents dispositifs par une même personne ait lieu sans rupture de prise en charge et de façon coordonnée entre tous les acteurs concernés, qu'ils soient issus des dispositifs sanitaires, médico-sociaux ou social du secteur privé lucratif ou non lucratif ou

du public.

- la permanence des soins dans le médico-social devient une véritable préoccupation. Ces différentes formes de coopération pourront aussi être des réponses aux problèmes liés à la pénurie de certains professionnels de santé et aux problèmes quantitatifs ou financiers liés au transport des personnes.

Il est important qu'en priorité, il y ait cette coopération entre les établissements et services au sein même du secteur médico-social notamment pour la prise en charge des personnes handicapées présentant des troubles associés. Toutefois, la coopération doit dépasser le médico-social et toucher tous les secteurs amenés à intervenir en complémentarité avec le médico-social

7.4.2. Les outils de coopération à privilégier

- la création de réseaux (réseaux de santé ou autres) permettra d'organiser sur chaque territoire, au moins, un « plateau technique » regroupant diverses prestations.

La notion de territoire peut varier selon les thématiques concernées :

- pour la majorité d'entre elles la prise en charge de proximité est de rigueur : le territoire arrêté comme le plus pertinent pour ces coopérations est celui de l'arrondissement administratif.

- pour certaines thématiques, il s'agira de territoires s'inscrivant au-delà de l'arrondissement : si un lien fort est à prévoir avec le secteur sanitaire, compte tenu du contexte, la coopération peut s'effectuer au niveau du territoire de santé arrêté par le SROS. Il peut également s'agir du niveau départemental.

- pour quelques rares thématiques, un réseau de coopération peut s'envisager à un niveau interrégional (Huntington, traumatisés crâniens ...)

- outre les réseaux, conformément aux orientations nationales, tendront à se développer les outils de coopération, de complémentarité et de mutualisation permettant la mise en place d'actions cohérentes sur chaque territoire. Aussi, les services de l'Etat encourageront le développement des GCSMS et des Communautés Hospitalières de Territoire dans les arrondissements.

- la création de maisons médicales de garde, de maisons médicales pluridisciplinaires ou de toute autres formes de coopération auxquelles pourront recourir les établissements et services médico-sociaux sera un atout.

8. LES ARTICULATIONS AVEC LES AUTRES POLITIQUES RÉGIONALES

L'ensemble des orientations interdépartementales et régionales se traduit par des besoins en places d'établissements et de services qui sont expressément affichés dans la programmation du PRIAC soit en transformations de places, soit en créations nettes.

C'est sur cette programmation des besoins que l'opportunité des projets de demande d'autorisation de créations d'établissements ou de services médico-sociaux sera appréciée.

Les besoins affichés ne reflètent pas uniquement les listes d'attente mais au contraire la volonté politique en termes de qualité et d'adaptation de prise en charge aux besoins exprimés par les personnes et leur famille. Cette programmation, si l'on veut qu'elle soit mise en œuvre, doit être issue d'une approche globale et cohérente des différentes politiques publiques.

Aussi, selon les équipements, la programmation doit être le reflet des articulations de la politique des services de l'Etat avec celles de leurs partenaires institutionnels :

Par anticipation de l'organisation induite par la Loi HPST via l'agence régionale de santé (ARS), les services de l'Etat articulaient déjà leur politique médico-sociale avec les services de :

- de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation : le SROS présente des orientations dans des thématiques communes avec le secteur médico-social : celles en faveur des personnes âgées (filiale gériatrique, soins de suite et de réadaptation ...), notamment des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (consultations mémoire ...), des personnes ayant des troubles psychiatriques, des personnes atteintes de troubles envahissants du développement, les personnes traumatisées crâniennes ou ayant vécu un accident vasculaire cérébral. Il s'agira d'articuler les programmations mais également de déterminer les conditions d'accueil au sein des structures sanitaires et médico-sociales. Les possibilités de transformations des structures sanitaires vers le médico-social sont à envisager, l'évolution des projets d'établissement aussi.
- de l'URCAM (pour l'impulsion de réseaux de santé et l'objectivation de la densité de professionnels),
- du GRSP (pour l'investissement des établissements médico-sociaux dans des actions de prévention)

Cette articulation deviendra naturelle à compter de la mise en place de l'ARS en 2010 puisqu'il s'agira d'une politique unifiée au niveau régionale.

La politique de l'ARS devra poursuivre l'articulation de sa politique médico-sociale avec les partenaires extérieurs, à savoir :

- le Conseil Régional en matière de formations médico-sociales : il s'agit d'intégrer les besoins en formation induits par le PRIAC dans le schéma régional des formations.
- le Rectorat et les Inspections Académiques quant au dispositif de scolarisation en milieu ordinaire ou spécialisé : articuler la programmation de SESSAD avec la programmation de CLIS et d'UPI par type de déficience.
- la DIRECCTE qui naîtra du prochain regroupement de la DRTEFP et des DDTEFP : articulation entre ESAT et Entreprises Adaptées
- les Conseils Généraux : pour la programmation d'équipement (les équipements co-financés : EHPAD, accueil de jour, hébergement temporaire, CAMSP, SAMSAH, foyer d'accueil médicalisé et ceux qui sont de la compétence exclusive du Conseil Général : SAVS, Services d'aide à domicile, services d'accompagnement de jour...) mais aussi pour anticiper certaines modalités de prise en charge (exemple : les personnes handicapées vieillissantes).
- la DRAC : pour encourager l'implication des établissements médico-sociaux dans des actions culturelles
- de la DRJSCS pour s'assurer que la prise en charge médico-sociale des personnes handicapées et les personnes âgées placées sous tutelle correspond à leurs besoins et que le dispositif à leur intention soit suffisant et adapté.

9. LA CONCERTATION

Outre l'articulation des acteurs œuvrant dans le domaine du handicap et de la dépendance, les services de l'Etat en Picardie attachent une toute particulière vigilance à la concertation et à la communication autour de sa politique en ce domaine. En effet, les acteurs de terrain, qu'ils représentent les professionnels ou les usagers ou leur famille, ont aussi besoin de s'exprimer quant aux priorités et aux besoins des personnes qu'ils accueillent ou représentent.

Aussi, les différentes instances où ils sont présents sont invitées chaque année à contribuer aux réflexions sur la manière de mettre en adéquation l'offre et les besoins. Le CROSMS, le Comité technique régional autisme, le Comité technique régional surdité, les CDCPH et les commissions régionales mises en place par le CNRPA avec les CODERPA sont donc consultés.

Ces mêmes instances sont informées régulièrement des travaux relatifs à l'élaboration du PRIAC et de la politique qu'il traduit ainsi que de son degré de réalisation sur le terrain.

Ces éléments sont régulièrement présentés au pôle régional de santé publique et de cohésion sociale, instance présidée par la DRASS, par délégation du Préfet de Région et qui rassemble les services de l'Etat et leurs partenaires concernés par cette thématique : DDASS, DRTEFP, Rectorat, URCAM, Assurance-Maladie, Conseils Généraux, ARH.

Enfin, le PRIAC fait l'objet d'actions de communication auprès des partenaires concernés et notamment la commission exécutive de l'ARH, la CRCSM, les CDCPH, la Conférence Régionale de Santé.

Cette politique de concertation et de communication se amenée à se poursuivre dans le cadre de la mise en place de l'ARS via les nouvelles instances de démocratie et organes de communication.

ANNEXES

LES PROJECTIONS DE POPULATION EN PICARDIE PAR ARRONDISSEMENT

*Sur la base du recensement 2006 – Données INSEE***En 2010**

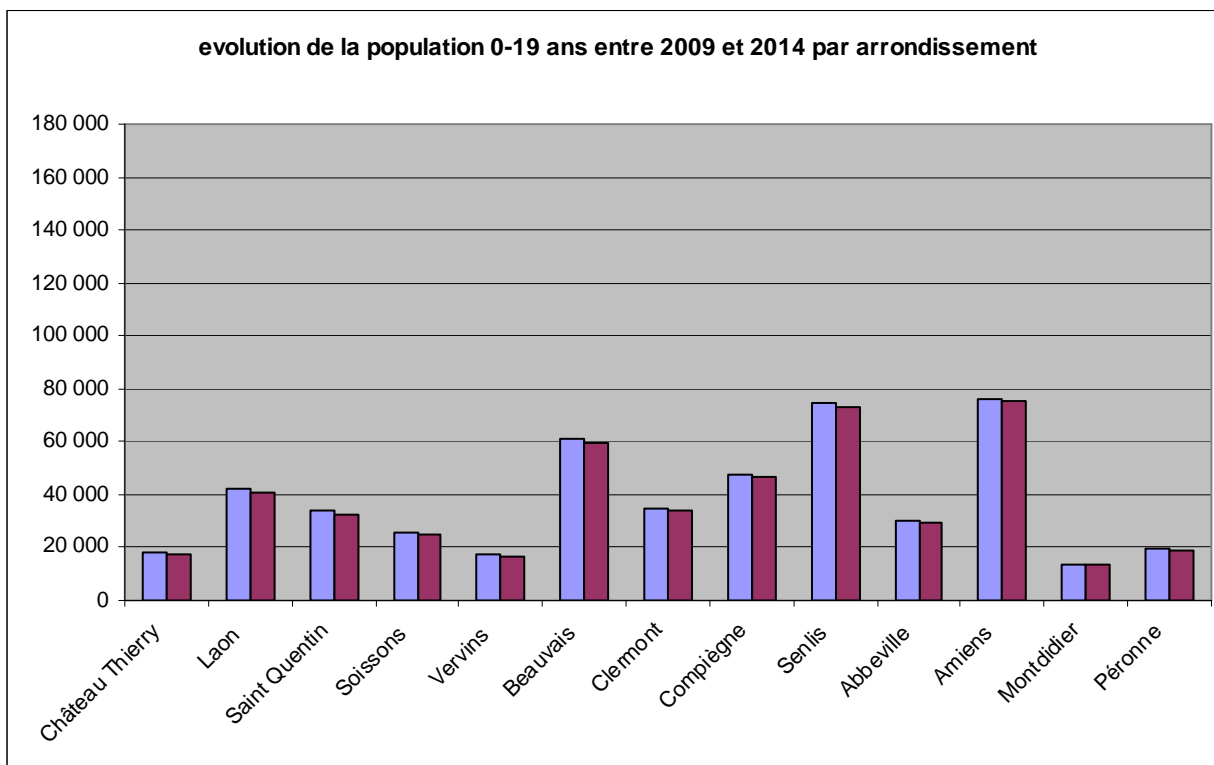
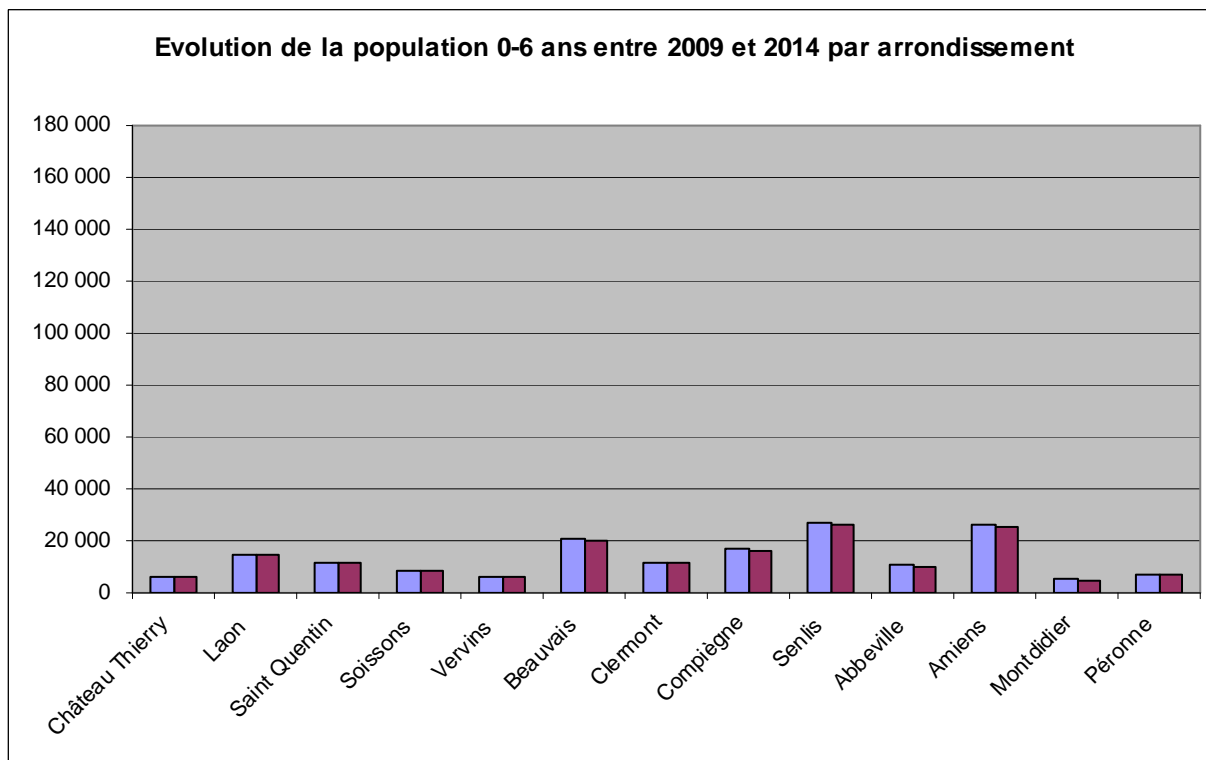
	0-6 ans	0-19 ans	20-59 ans	60 ans et plus	75 ans et plus	80 ans et plus
Château-Thierry	6394	18209	37193	15113	6024	3580
Laon	14802	42253	87589	35010	13990	7918
St Quentin	11617	33745	68576	28751	11040	6211
Soissons	8660	25757	53597	21614	8217	4584
Vervins	6008	16975	34543	15722	6250	3634
Beauvais	20850	30720	118425	40365	13972	7992
Clermont	11603	34354	69616	22807	7816	4364
Compiègne	16628	47725	98467	34718	12505	7082
Senlis	26544	74274	150294	47897	15904	9035
Abbeville	10452	29818	66073	31629	12268	7092
Amiens	26096	76379	166832	58375	22408	13404
Montdidier	5050	13787	28192	11294	4443	2538
Péronne	7037	19427	41276	18668	7444	4232

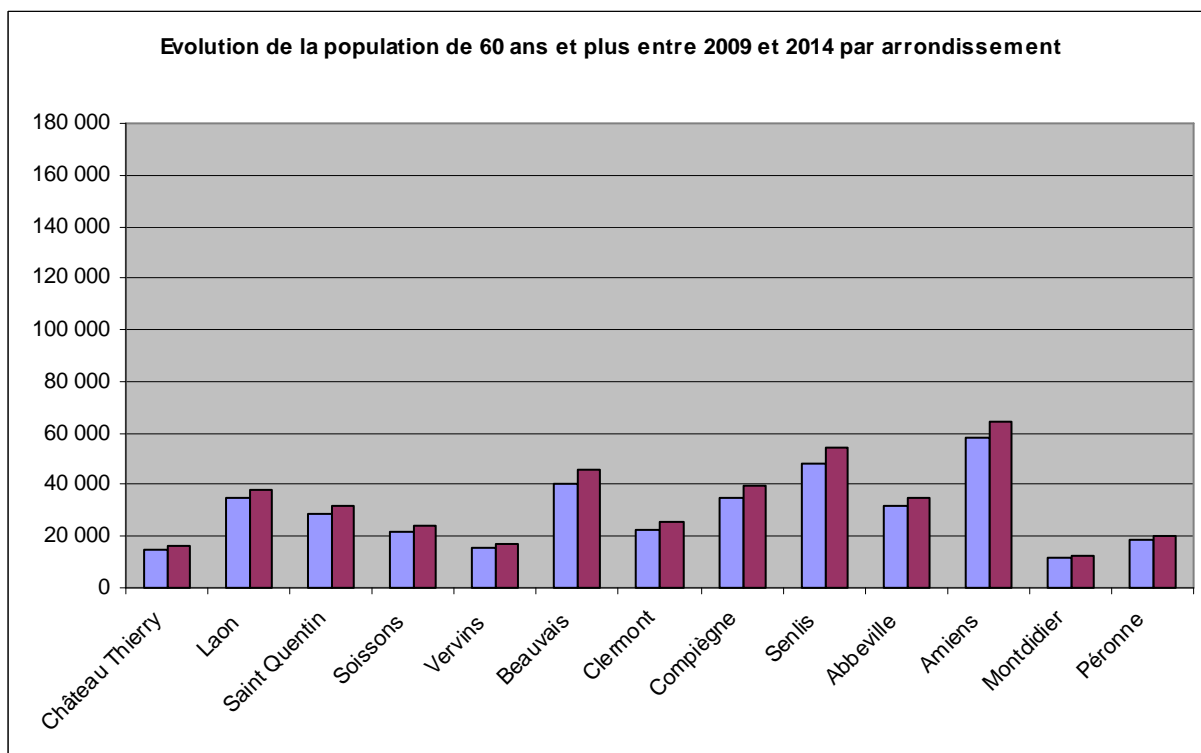
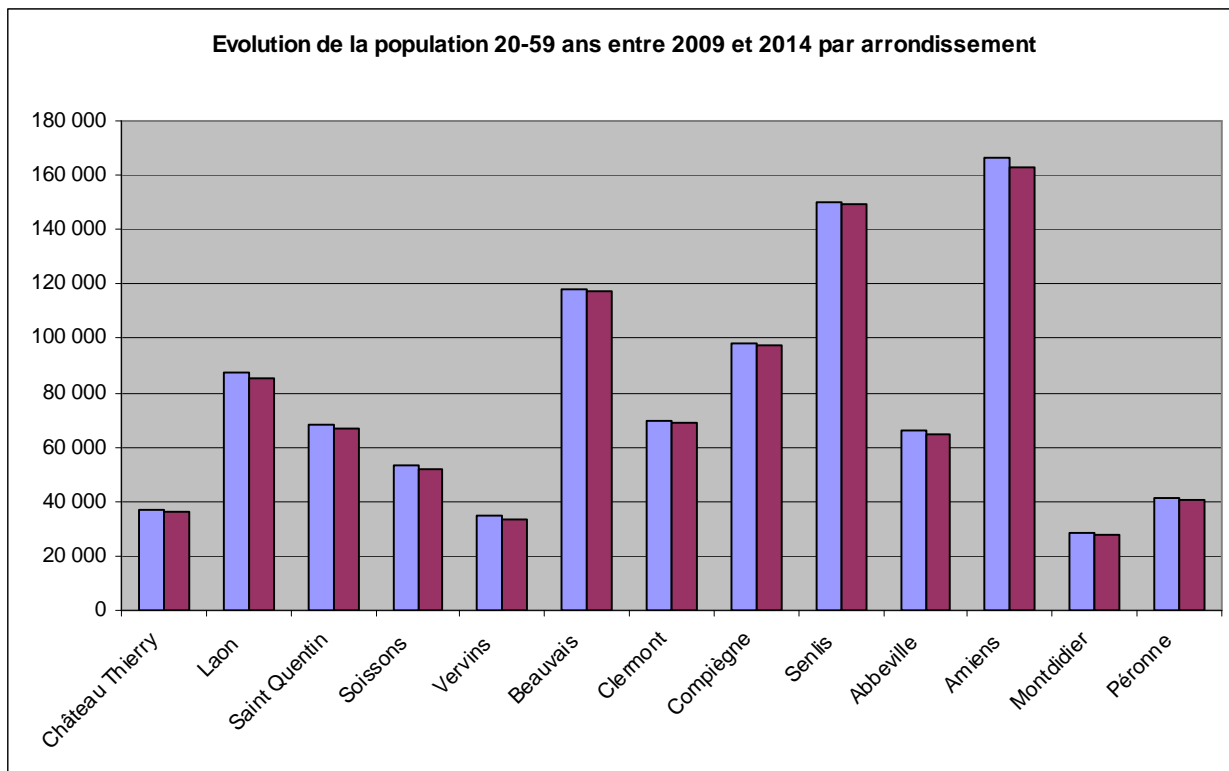
LES PROJECTIONS DE POPULATION EN PICARDIE PAR ARRONDISSEMENT

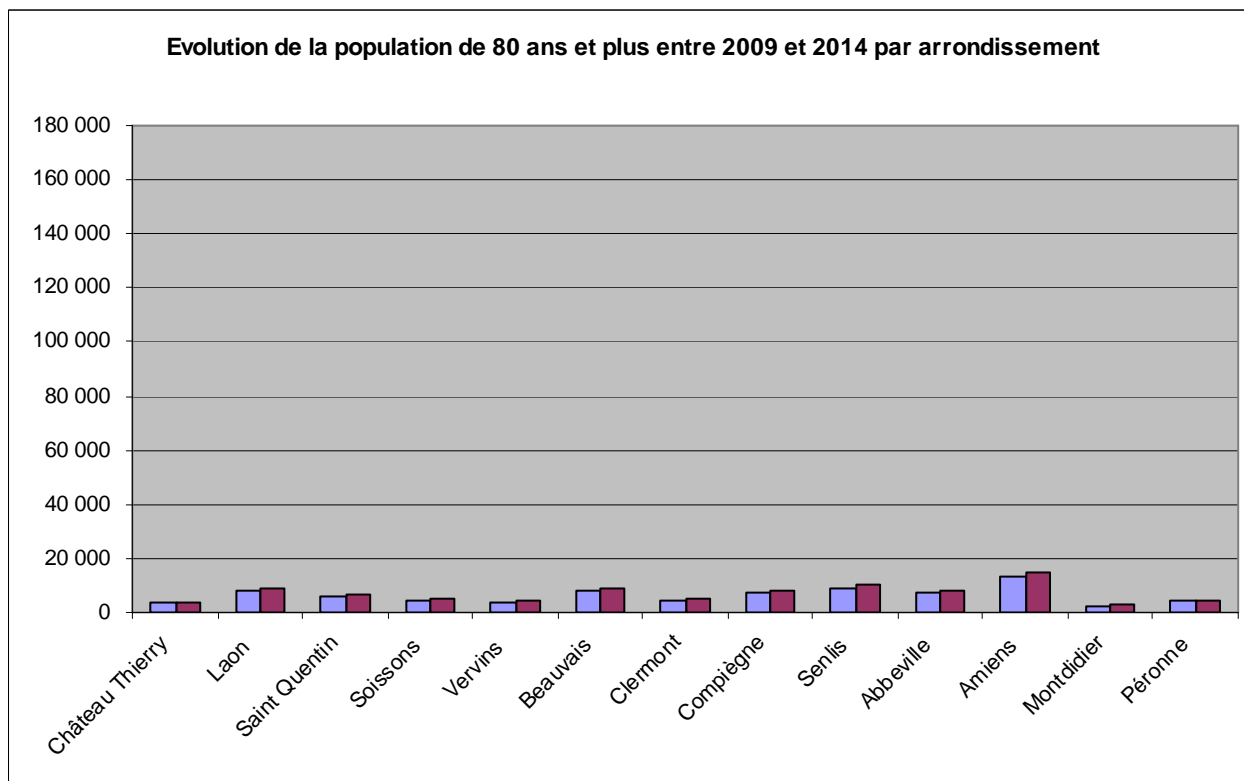
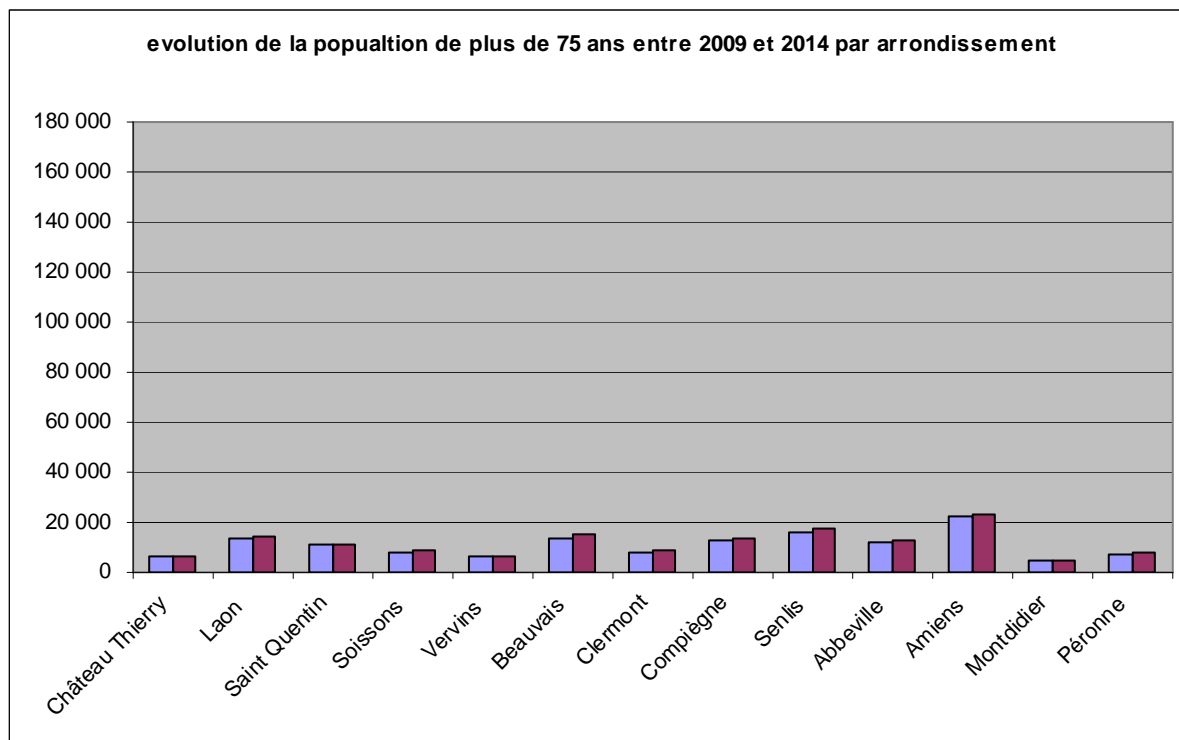
Sur la base du recensement 2006 – Données INSEE

En 2014

	0-6 ans	0-19 ans	20-59 ans	60 ans et plus	75 ans et plus	80 ans et plus
Château-Thierry	6184	17596	36134	16609	6248	4015
Laon	14315	40830	85096	38390	14428	8881
St Quentin	11235	32609	66624	31568	11378	6966
Soissons	8375	24889	52071	23734	8461	5141
Vervins	5810	16403	33559	17263	6466	4075
Beauvais	20328	59497	117625	45942	15131	9171
Clermont	11312	33664	69145	25949	8449	5008
Compiègne	16211	46761	97801	39464	13532	8128
Senlis	25879	72771	149279	54563	17215	10368
Abbeville	10196	29422	64586	34670	12767	7813
Amiens	25427	75377	163077	64075	23385	14766
Montdidier	4926	13600	27558	12371	4619	2796
Péronne	6865	19166	40347	20435	7737	4662







GLOSSAIRE

AAH : Allocation Adulte Handicapé
AEEH : Allocation d'Education de l'Enfant handicapé
AJ : Accueil de Jour
APA : Allocation Personnalisée Autonomie
ARS : Agence Régionale de Santé
CAMSP : Centre d'Action Médico Sociale Précoce
CAR : Comité de l'Administration Régionale
CDCPH : Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées
CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique
CG : Conseil Général
CLIS : Classe d'Intégration Scolaire
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CODERPA : Comité Départementaux des Retraités et des Personnes Agées
CRCSM : Commission Régionale de Concertation de Santé Mentale
CROSMS : Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Médico-Social
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DDTEFP : Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
DIRECCTE : Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence et de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
DGAS : Direction Générale des Affaires Sociales
DOR : Document d'Orientations Régionales
DPSS : Département Planification, Etablissements Sanitaires et Sociaux
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRTEFP : Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
EPHAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail
FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé
GRSP : Groupement Régional de santé Publique
HAD : Hospitalisation A Domicile
HT : Hébergement Temporaire
IEM : Institut pour Enfants Handicapés Moteurs
IME : Institut Médico-Educatif
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
ITEP : Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique
MAS : Maison d'Accueil Spécialisé
MAIA : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer
MDPH : Maison départementale pour les Personnes Handicapées
OQD : Objectif Quantifiés Départementaux
OQR : Objectif Quantifiés Régionaux
PASA : Pôle d'activités et soins adaptés
PCH : Prestation Compensatrice du Handicap
PRIAC : Programme Interdépartemental d'Accompagnement des Personnes Agées et des Handicapés
PRSP : Programme Régional de Santé Publique
SAMSAH : Service d'Aide Médicale et d'Accompagnement à la Vie Sociale
SESSAD : Service d'Education et de Soins Spécialisés à Domicile
SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile
SPASAD : Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile
TED : Troubles Envahissants du Développement
UHR : Unités d'hébergement Renforcées

Document d'orientations régionales 2010 – PRIAC version 5

ULSD : unité de Soins Longue Durée

UPI : Unité Pédagogique d'Intégration

URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurances Maladie